

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 153

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles MALBRAND

Né le 20 septembre 1890, à Saint-Florent (Deux-Sèvres)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES PRIMITIFS
DE L'INTESTIN GRÊLE

Président : M. P. LECÈNE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

1861

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

153

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles MALBRAND

Né le 20 septembre 1890, à Saint-Florent (Deux-Sèvres)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES PRIMITIFS
DE L'INTESTIN GRÊLE

Président : M. P. LECÈNE, Professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILIEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A MONSIEUR P. LECÈNE

Professeur de Pathologie externe
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu accepter la prési-
dence de cette Thèse. Hommages respec-
tueux.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SARCOMES PRIMITIFS DE L'INTESTIN GRÊLE

INTRODUCTION

Etant dans le service de M. le Dr Marquis, Professeur à l'École de médecine de Rennes, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de sarcome de l'intestin grêle compliqué d'occlusion intestinale aiguë. Comme cela arrive souvent, un diagnostic ferme sur la cause de l'occlusion et la nature de la tumeur ne put être porté qu'après laparotomie, ablation et examen histologique. On reconnut l'origine sarcomateuse du néoplasme. Intéressé par la rareté de ces tumeurs et la difficulté d'en établir le diagnostic, nous avons été conduit à entreprendre ce modeste travail. Nous nous appliquerons à décrire les sarcomes du jéjuno-iléon et leurs complications, laissant de côté ceux qui touchent aux extrémités ; d'une part ceux qui chevauchent sur le pylore et le duodénum, d'autre part ceux qui sont communs à la région iléo-cæcale, car comme le fait remarquer M. Lecène, la symptomatologie pour la région pyloro-duodénale est spéciale et le siège anatomique de ceux de la région iléo-cæcale conditionne un ensemble symptomatique qui doit les faire décrire avec les cancers du cæcum.

Après un bref historique, nous étudierons l'anatomie et l'histologie pathologique des sarcomes du grêle.

Nous dirons quelques mots sur l'étiologie et la pathogénie de ces tumeurs, puis nous passerons à l'étude clinique, au traitement et à ses résultats.

Avant de faire cette étude, qu'il nous soit permis d'adresser nos

remerciements à M. le Dr Marquis, professeur à l'École de Médecine de Rennes, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail et nous aider de ses conseils.

Nous remercierons vivement M. le Dr Chevrel, professeur d'histologie à l'École de Médecine de Rennes, qui a bien voulu faire l'étude de la tumeur.

HISTORIQUE

Les statistiques de Nothnagel et de Maydl, comparables entre elles comme résultats et intéressantes parce qu'elles portaient sur un très grand nombre de cas, donnent le sarcome primitif de l'intestin grêle comme très rare puisque sur 100 tumeurs siégeant sur le tractus intestinal on ne le rencontre que deux ou trois fois. Aussi ne faut-il point s'étonner si l'histoire en est restée longtemps obscure. En effet si l'on consulte les différents traités classiques français on s'aperçoit que cette question est traitée d'une façon rudimentaire. Dans le *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard de même que dans les *Traités de chirurgie* de Duplay-Reclus où de Le Dentu-Delbet, c'est à peine si on y fait une allusion rapide à propos des tumeurs de l'intestin. Un peu plus de développement est apporté à la question dans le *Traité de médecine* de Gilbert et Toinot, tome XVII, page 218, mais là aussi les auteurs insistent surtout sur les cancers du gros intestin.

Par contre en Allemagne plusieurs travaux d'ensemble sur la question ont été publiés, notamment dans le *Traité de pathologie* publié sous la direction de Nothnagel où l'on trouve un chapitre entier consacré au sarcome primitif du grêle. En France il n'y a que des faits épars publiés sans commentaires. Le Mémoire de Du Castel, les thèses de Haussman 1881 Paris, Journet 1883 Paris, Badie, Lyon 1900. On y trouve des faits de cancer du grêle mélangés à des tumeurs du gros intestin, le tout dépourvu d'examen histologique ; aussi ces faits ont-ils peu de valeur scientifique. En somme jusqu'en 1904 on ne trouve que peu de chose sur ce sujet dans la littérature médicale française.

Monsieur le professeur Lecène dans sa thèse inaugurale Paris 1904, étudie magistralement la question et comble amplement cette lacune puisqu'il réunit 73 cas de sarcomes, 13 chez l'enfant, 62 chez l'adulte avec l'examen histologique pour la plupart. Les observations que nous étudierons dans ce travail sont postérieures à cette thèse. Depuis cette époque les observations sur la question

se sont multipliées. Steinthal publie deux nouveaux cas, Moyné-ham deux également en 1906, Albertin et Leriche en relatent un nouveau en 1907. M. le professeur Lecène ajoute deux nouvelles observations, Boissière (Paris, 1908) dans sa Thèse sur *l'origine vitelline des sarcomes de l'intestin grêle* en rapporte trois observations inédites. MM. Delore et Leriche, en 1908, publient un cas de sarcome mélanique, compliqué d'invagination, mais cette tumeur était secondaire ; Kalliouzis d'Athènes, un cas avec invagination (1910). Morestin en 1910, Gay en 1913 à la Société vau-doise, en rapportent également. Cathala et Arivat de Montpellier publient en 1916 dans la *Presse médicale* un cas avec métastases hépatique et rénale. M. Potherat en 1921 un cas nouveau avec occlusion. Adnet dans sa thèse sur l'invagination par sarcome du grêle publie un cas nouveau. Si nous joignons à ces cas ceux que nous rapportons à la fin de cette thèse, et ceux relevés dans la littérature médicale étrangère, nous dépassons largement la centaine d'observations sur ce sujet : sarcome primitif de l'intestin grêle. Aussi nous croyons-nous obligé de faire remarquer que c'est là une belle collection de faits pour un sujet qui fut longtemps considéré comme une curiosité pathologique.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les notions que nous possédons sur l'étiologie et la pathogénie des tumeurs malignes en général et par conséquent du sarcome primitif de l'intestin grêle sont des plus rudimentaires.

Au point de vue sexe M. le professeur Lecène sur 76 observations trouve 27 femmes pour 49 hommes. Dans 21 observations postérieures nous avons relevé 8 femmes pour 13 hommes, le sexe masculin présente donc une prédisposition incontestable. Pour l'âge c'est entre vingt et cinquante ans, par conséquent à l'âge moyen, que les sarcomes, ceux de l'intestin grêle en particulier, atteignent le maximum de fréquence. Aux âges extrêmes de la vie ils sont moins souvent observés, chez les vieillards notamment ; chez les enfants on le rencontre assez souvent ; on l'a même rencontré chez le nouveau-né. M. le professeur Lecène cite en effet une remarquable observation de Stern : ils'agissait d'un enfant qui vint au monde porteur d'une tumeur assez développée puisque

durant les quelques jours qu'il vécut elle donna lieu à des phénomènes d'occlusion, ce qui laisse supposer que la tumeur avait commencé à se développer durant la vie intra-utérine ; or il se trouve qu'au moment de la naissance, la mère était parfaitement saine de cancer. Ce fait de sarcome de l'intestin d'origine congénitale s'il est unique ne doit point nous surprendre, car des tumeurs malignes congénitales du rein notamment ont déjà été signalées.

Que faut-il conclure de ce fait ? La théorie parasitaire des néoplasmes est dans ce cas peu satisfaisante et l'origine embryonnaire plus plausible. Il est en effet possible par analogie avec ce qui se passe pour la formation des tumeurs malignes de l'ombilic d'origine vitelline, qu'une certaine proportion parmi les sarcomes primitifs du grêle surtout chez les tout jeunes, peut revendiquer comme origine une dégénérescence néoplasique des débris vitellins du diverticule de Meckel anormalement persistant. Il est probable cependant, comme le conclut Boissière dans sa thèse sur ce sujet (*L'origine vitelline des sarcomes primitifs du grêle*) que cette origine ne peut être invoquée que pour les rares cas où la lésion siège dans le voisinage de l'angle iléo-cæcal, ou sur l'extrémité inférieure de l'iléon à une cinquantaine de centimètres de cet angle dans la région, où peut encore se rencontrer des restes du diverticule de Meckel. L'opinion ayant trait à cette origine sera encore renforcée quand il sera possible de prouver la coexistence de vestiges omphalo-mésentérique, en un milieu autre que l'intestin, soit au niveau de la cicatrice ombilicale soit au niveau du mésentère, enfin si la tumeur est ni pédiculée ni sessile mais appendue à la paroi intestinale. L'existence de faux diverticules complique du reste encore la question. Ces cas mis à part et dont l'origine pourra très rarement être démontrée, la pathogénie de notre sujet comme celle du reste des autres néoplasmes est réduite jusqu'à cette heure à de simples hypothèses, sans preuves démonstratives en faveur de l'une plutôt que de l'autre.

Si les partisans de l'origine parasitaire des tumeurs ont incriminé tantôt les bactéries, les sporozoaires, les champignons ou des parasites à virus filtrant (Borel) il n'en reste pas moins vrai qu'à l'heure actuelle cette théorie n'est établie sur aucune base sérieuse et que quelque séduisante qu'elle soit elle n'est pas plus démontrée que les théories anatomiques non-parasitaires qui elles ne peuvent expliquer pourquoi la cellule qui va devenir néoplasique se libère, pourquoi elle devient une cellule indépendante, mons-

trueuse, indéfiniment proliférante et finissant par détruire l'organisme (M. le professeur Lecène, in *Précis pathologie*, tome I. Masson, édit.).]

On a souvent noté un traumatisme à l'origine des sarcomes mais peut-on conclure de là qu'il existe entre ces deux faits des relations de cause à effet ? Ne peut-il pas y avoir simplement coïncidence ? Du reste cette question de relation de traumatismes à sarcomes a surtout été posée à propos des traumatismes osseux sur le cal desquels se seraient greffés des ostéo-sarcomes, or il se trouve qu'il est d'une facilité enfantine de renverser l'hypothèse, et qu'on peut tout aussi bien prétendre que c'est le sarcome naissant mais imperceptible qui, diminuant la valeur fonctionnelle du membre, en a facilité la fracture.

Dans un même ordre de faits on a parlé de l'influence des cicatrices et du rôle de l'inflammation chronique. Un fait unique concernant un sarcome de l'intestin grêle développe sur une cicatrice d'ulcère tuberculeux est cité dans une observation de Nothnagel, l'examen histologique fut fait par le professeur Weichselbaum (Thèse de M. le professeur Lecène, p. 110-111). Dans d'autres observations la fièvre typhoïde est notée comme ayant précédé le développement du sarcome.

A l'heure actuelle l'opinion généralement admise est, qu'une inflammation chronique, moins souvent un traumatisme, peuvent à la rigueur expliquer la localisation d'une tumeur mais sont insuffisants pour en expliquer la formation.

Pour ce qui est du tube digestif il faut convenir qu'il est très sujet aux ulcérations, aux excoriations et de plus qu'il a une grande richesse et variété de la flore intestinale, or il est admis que beaucoup de carcinomes de l'estomac se développent sur d'anciens ulcères ; ce qui est vrai pour l'estomac, ne peut-il l'être pour l'intestin qui, lui, réagirait par la production d'un sarcome, néoplasme qui a coutume de se développer à son niveau (l'épithélioma du grêle étant l'exception par rapport au sarcome) ? A ce sujet voici un fait rapporté par Smoler (Thèse de M. le professeur Lecène) : à l'autopsie d'une femme de soixante-dix ans on trouva sur l'iléon à 30 centimètres de la valvule, une tumeur qui infiltrait circulairement la paroi de l'intestin sans déterminer de sténose, il s'agissait d'un sarcome mixte ; or au niveau du pylore on trouva en même temps une tumeur ulcérée à bords surélevés large de 4 centimètres ; c'était un adéno-carcinome typique du pylore ; chez cette femme

il y avait donc sur le tractus intestinal coexistence de deux néoplasmes différents dont la structure était pour chacun d'eux celle observée ordinairement aux différents niveaux auxquels ils siégeaient, adéno-carcinome au pylore, sarcome à l'intestin.

Il semble que sous l'influence inconnue qui détermine l'apparition des tumeurs malignes chaque tissu réagit par la production histologique qui a coutume de se développer à son niveau.

Les sarcomes du grêle ne sont pas propres à l'espèce humaine; ils ont été constatés avec les mêmes caractères chez les animaux, notamment chez le cheval.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On décrit deux formes de sarcomes de l'intestin grêle : La forme circonscrite la plus fréquente où l'on n'observe qu'une seule tumeur siégeant sur l'intestin, elle est représentée par les trois formes histologiques, lymphosarcome, sarcomes globos et fusocellulaire; elle donne des métastases; La forme diffuse, plus rare; on rencontre alors plusieurs tumeurs de volumes différents disséminées sur l'intestin, elle est presque toujours représentée par les variétés globocellulaire et lymphosarcome.

Ces deux formes se rencontrent le plus souvent sur la partie moyenne de l'intestin avec une fréquence plus grande sur l'iléon, les extrémités du grêle, angle duodéno-jéjunal et fin de l'iléon en sont moins souvent le siège. Pour ces deux formes anatomiques les caractères macroscopiques sont presque identiques. Le volume du néoplasme est ordinairement assez considérable, de la grosseur d'un mandarine à celle d'une tête de fœtus, d'adulte; néanmoins il peut être fort petit, de la grosseur d'une amande, d'une tête de camomille (obs. XIII-XV), mais ces petits volumes ne sont constatés que rarement et au cours d'une intervention motivée par une complication : invagination, péritonite par perforation.

Un des caractères nets est que la tumeur est infiltrée dans l'épaisseur des tuniques de l'intestin qui à ce niveau est augmenté de volume, 1 cm. 1/2, 2 et 3 centimètres. Dans les sarcomes peu développés ces tuniques sont encore reconnaissables à un stade plus avancé, toute la paroi est transformée en une masse néoplasique où l'on ne peut reconnaître les éléments la constituant, exté-

rieurement le plus souvent la tumeur est bosselée, irrégulière, elle présente des saillies de couleur noirâtre ou rouge foncé qui tranchent sur la couleur habituellement blanchâtre du sarcome, elles sont produites le plus souvent par des hémorragies interstitielles, fréquentes du reste dans toutes les variétés de sarcomes (sarcome des os, des parties molles). Ces hémorragies semblent provoquées le plus souvent par la rupture des vaisseaux du sarcome qui sont extrêmement friables, beaucoup étant dépourvus de parois propres.

À l'intérieur l'on voit des pseudo-kystes, simple perte de substance, sans revêtement épithélial ; ils contiennent du sang ou des liquides séreux.

Ces caractères macroscopiques sont les plus fréquents mais ne sont pas absolument constants : dans notre observation notamment la tumeur était régulière, lisse sans bosselures noirâtres, et sans pseudo kystes ; de plus sa consistance était très ferme, presque criante à la coupe alors que le plus souvent le sarcome est mou, mais c'est là l'exception qui se rencontre du reste de préférence dans le sarcome fusocellulaire.

Si l'on regarde du côté de la muqueuse intestinale il est fréquent d'observer des ulcérations qui naturellement sont infectées, elles sont souvent profondes, communiquant par de petits pertuis avec le centre de la tumeur où il y a quelquefois de vastes pertes de substance (obs. III ; il est évident que cette infection peut en dehors des autres causes communes aux néoplasmes, expliquer très simplement la fièvre qui est assez fréquente dans le sarcome du grêle. Les ulcérations peuvent également arriver à perforer la paroi et provoquer des péritonites (obs. XV et XVI) ou bien très rarement s'ouvrir dans les organes voisins, vessie, rectum. Le caractère peut-être le plus essentiel du sarcome du grêle est le suivant : c'est un néoplasme qui envahit le plus souvent toute la circonférence de l'intestin mais n'en rétrécit point la lumière, mieux il forme parfois une dilatation dont le développement excentrique a été qualifié d'anévrisimal (obs. V-VII). Ce caractère est important car il permettra souvent au cours de l'intervention de faire le diagnostic macroscopique d'avec l'épithélioma et la tuberculose hypertrophique du grêle qui le plus souvent sont des tumeurs sténosantes ; à vrai dire il y a bien l'épithélioma cylindrique à forme hypertrophique de l'intestin grêle qui évolue sans sténose, mais c'est l'exception [Hinz, sur le cancer primitif de l'intestin grêle, *Archiv. für Klinisch chirurg.*, 1912]. De même pour la tuberculose, et le cas de Tixier de Lyon cité par

M. le professeur Lecène, montre bien que l'aspect macroscopique peut tromper les plus avertis. Ce caractère n'est toutefois pas absolu, il y a quelquefois rétrécissement allant jusqu'à la suppression de la lumière intestinale. Ces rétrécissements sont le fait soit de bourgeons néoplasiques ulcérés qui saillent dans la lumière intestinale et finissent par l'obstruer; le canal intestinal n'est plus alors qu'un tunnel creusé en pleine masse néoplasique (obs. VIII) soit le fait de sarcomes polypiformes qui flottent dans le canal intestinal; mais ces cas sont rares; il en est de même des phénomènes d'invagination provoqués par sarcomes; ils sont très rares parce qu'ils nécessitent un mécanisme spécial sur lequel nous reviendrons (obs. IV, VI, XIII).

M. le professeur Lecène cite encore un mécanisme qui peut provoquer l'occlusion : « une tumeur développée sur un seul côté de l'intestin et surtout au niveau du mésentère peut produire une sténose par coudure ». Dans notre observation la sténose était produite par un mécanisme extrêmement rare (un seul cas a été signalé par Quensel rapporté par M. le professeur Lecène dans sa thèse). La tumeur, volumineuse comme les deux poings, lisse sans aucune adhérence était appendue au bord libre de l'intestin grêle par un court pédicule qui s'était tordu et avait entraîné l'intestin dans sa torsion. Enfin signalons la sténose qui peut être le fait d'une bride d'adhérence comme il s'en produit souvent dans les cas avancés. Malgré ces exceptions l'on peut dire que le sarcome du grêle est une tumeur infiltrant toute la circonférence de l'intestin, qui ne provoque habituellement pas de sténose, mieux il provoque souvent de la dilatation sans que nous en puissions donner une explication satisfaisante.

Pendant une grande partie de son évolution le sarcome reste localisé au point où il a pris naissance et il ne contracte pas souvent, du moins au début, d'adhérences. On ne les constate qu'à l'autopsie ou au moment d'une intervention dans les cas avancés. C'est avec la vessie (obs. III), ensuite avec le reste du tractus intestinal (obs. XI) qu'il en contracte le plus souvent. Cette absence habituelle d'adhérences au début est intéressante à connaître, car au point de vue opératoire elle accroît les possibilités d'extirpation radicale. Le sarcome de l'intestin grêle produit des métastases surtout par la voie lymphatique; la voie sanguine à l'inverse des autres sarcomes semble moins souvent suivie.

D'abord les métastases ganglionnaires régionales mésentériques,

elles sont presque la règle. M. le professeur Lecène les signale trente-quatre fois sur 45 cas; nous-mêmes l'avons relevé neuf fois sur 16 dans des observations postérieures. Les métastases mésentériques sont quelquefois très importantes et leur volume peut dépasser celui de la tumeur primitive. Les métastases à distance sont bien moins fréquentes : on en trouve dans les ganglions rétro-péritonéaux, du médiastin, sus-claviculaires gauche et cervicaux.

Ces métastases lointaines correspondent habituellement aux cas où il existe également des métastases viscérales ou péritonéales.

« A ce sujet M. le professeur Lecène d'après Kuttner montre que point n'est besoin d'invoquer l'envahissement du canal thoracique pour expliquer la présence du ganglion de Troissier dans les néoplasies abdominales ; souvent en effet ce ganglion est touché alors que le canal thoracique est sain ; dans ce cas l'on a invoqué le transport de cellules cancéreuses jusqu'aux ganglions sus-claviculaires gauche par un canal demeuré sain ; sans nier ce mode de transport il y a une autre hypothèse tout aussi plausible : on a souvent trouvé sur des pièces injectées un groupe de vaisseaux lymphatiques, qui se rendent directement du ligament suspenseur du foie et de la face inférieure du diaphragme à travers cet organe dans les vaisseaux lymphatiques qui accompagnent l'artère mammaire interne derrière le plastron sterno-costal ; ces vaisseaux lymphatiques arrivés dans la région sus-claviculaire se jettent en partie dans la veine sous-clavière, en partie directement dans les ganglions sus-claviculaires gauches en particulier dans le ganglion qui répond exactement au siège de l'adénopathie de Troissier. »

Les métastases viscérales sont fréquentes dans les cas avancés ; elles se font dans les organes très vascularisés : ce sont les reins et le foie qui sont le plus souvent atteints. Une de nos observations (obs. II) relate l'envahissement simultané du foie et des reins.

Les métastases péritonéales sont également assez fréquentes, dans les cas avancés elles s'accompagnent d'ascite trouble, sanguinolente, dont la constatation entraîne un très mauvais pronostic et contre-indique l'intervention. Pour les métastases du reste du canal intestinal il est assez difficile de savoir si l'on a affaire à la forme circonscrite avec métastases consécutives ou bien à la forme diffuse primitive. On admettra en règle générale la première hypothèse si la tumeur principale est plus volumineuse, plus avancée dans son évolution et si les noyaux trouvés à distance sont plus petits.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les principales variétés histologiques de sarcomes de l'intestin grêle sont par ordre de fréquence :

- 1° Sarcome globocellulaire comprenant 50 0/0 de cas environ ;
- 2° Lymphosarcome ;
- 3° Sarcome fusocellulaire le moins fréquent.

On décrit également des sarcomes alvéolaires, à kystes hémorragiques et des sarcomes mixtes, des myosarcomes, des myxosarcomes, des fibrosarcomes, mais tous ces types n'ont rien de très caractéristique et peuvent se ramener aux précédents. Ce sont en somme des sarcomes séparés par une trame de tissu musculaire, fibreux, graisseux qui participent à la prolifération néoplasique.

Pour le lymphosarcome, la question est plus délicate. En 1904, lors de la thèse de M. le professeur Lecène il y avait une certaine confusion surtout chez les auteurs étrangers qui décrivaient comme lymphosarcomes des sarcomes le plus souvent globocellulaires ; en effet l'intestin est très riche en tissus lymphoïdes (Plaques de Peyers follicules clos) ; un sarcome globocellulaire infiltrant cette muqueuse peut sembler posséder un *reticulum* qui en réalité ne lui appartient pas en propre. A l'heure actuelle la grande majorité des auteurs ne décrivent plus comme lymphosarcome que les tumeurs possédant un *reticulum* bien net dans toute leur étendue.

Le sarcome mélanique n'a jamais été rencontré à l'état primitif sur l'intestin grêle, et une observation de tumeur mélanique compliquée d'invagination publiée par MM. Delore et Leriche en 1908 indique que ce n'était qu'une tumeur épithéliomateuse secondaire.

Nous donnons la description histologique de ces trois grandes variétés de sarcomes d'après la description qui en a été faite en 1904 par M. le professeur Lecène dans sa thèse et en 1907 par le même auteur à l'occasion de deux nouvelles observations.

Voici la description du premier type le plus fréquent, le globocellulaire ;

A faible grossissement on voit toute l'épaisseur de la paroi intestinale infiltrée par des amas cellulaires arrondis, la muqueuse est encore visible, la sous-muqueuse reconnaissable, mais très

infiltrée, les lésions maximums sont au niveau des fibres lisses de l'intestin, le revêtement péritonéal est conservé.

A un fort grossissement, les cellules constituant le néoplasme sont quelquefois arrondies, plus souvent polyédriques par pression réciproque, noyaux vivement colorés au bleu de Unna. Quelques-uns de ces noyaux sont en division indirecte. Le protoplasma peu abondant coloré en jaune par l'éosine. Cellules de taille à peu près identique dans toute l'étendue de la préparation, dans bien des points les vaisseaux ne sont représentés que par des lacunes creusées dans l'épaisseur même de la tumeur, en d'autres points il y a des vaisseaux préexistants de la paroi intestinale ils sont entourés de cellules néoplasiques, nulle part nous n'avons trouvé de réticulum net dans la tumeur, il existe bien par endroit des fibrilles connectives qui séparent les cellules les unes des autres sur une petite étendue, mais sur des coupes secouées dans l'eau distillée il est impossible de trouver un reticulum analogue à celui des organes lymphoïdes.

Il y a des foyers de nécrose rencontrés du reste très fréquemment dans les sarcomes, et caractérisés par les îlots irréguliers où aucun élément ne se colore.

Dans sa seconde observation M. le professeur Lecène nous décrit le type fuso-cellulaire. Sur une préparation comprenant toute l'épaisseur de la paroi intestinale en plein centre du néoplasme il est impossible de reconnaître les éléments constitutifs de la paroi intestinale, il n'y a plus que quelques culs-de-sacs glandulaires. Toute la paroi en masse a été remplacée par le néoplasme. Ce tissu néoplasique est formé de cellules à corps plus ou moins fusiformes, allongées toutes dans le même sens, et formant ainsi des bandes parallèles ; entre ces éléments cellulaires fusiformes on rencontre très souvent de très fines fibrilles de tissu conjonctif ; les noyaux de ces cellules sont volumineux, souvent en division indirecte atypique, dans quelques unes même on trouve cinq à six noyaux accolés ensemble au centre de la cellule et formant une masse bourgeonnante. Si l'on recherche les vaisseaux on voit que si par place on en trouve de bien constitués en d'autres points se sont simplement des lacunes creusées au milieu de cellules fusiformes.

Nulle part il n'y a trace de nécrose, mais bien des îlots d'hémorragies interstitielles. Il s'agit d'un sarcome fusocellulaire qui a détruit toutes les couches constituant de la paroi intestinale et ulcéré la muqueuse.

Enfin voici la description du lymphosarcome :

On voit sur une coupe à travers la tumeur, une infiltration serrée de toutes les tuniques de l'intestin jusqu'à la séreuse ; c'est une infiltration de cellules identiques à celles du tissu adénoïde bien caractérisées ; elles sont petites, rondes, avec un gros noyau chargé de chromatine et entouré d'une mince zone de protoplasma. Il y a un reticulum conjonctif fort net et bien développé, dans les mailles duquel sont des vaisseaux sanguins souvent volumineux et des vaisseaux lymphatiques très délicats.

Au point où la tumeur atteint son maximum de développement il y a des cellules volumineuses à protoplasma granuleux avec un ou deux noyaux. Ces cellules viennent de la trame qui s'amincit et dont les fibrilles renferment des cellules allongées, qui deviennent fusiformes ou s'arrondissent pour former en certains endroits des amas cellulaires atypiques qui donnent encore à la tumeur leur caractéristique de malignité. Dans tous les organes l'infiltration des cellules a type lymphocytaire se fait progressivement à travers les cellules types peu à peu détruites.

Maintenant que nous avons exposé la structure histologique des différents sarcomes, nous pouvons nous demander s'ils confirment l'opinion généralement admise que le fuso-cellulaire est moins grave que le globo où le lymphosarcome. Sur 16 observations que nous rapportons, il y a deux cas de sarcome fusocellulaire ; celui de Delmazoni et le nôtre ; dans ces cas il n'y avait qu'une tumeur, unique, mobile, assez régulière et sans aucune métastase.

Dans les autres observations on relève neuf fois des ganglions mésentériques ou d'autres métastases ou des brides d'adhérence. Ces résultats confirment ceux de M. le professeur Lecène qui a formulé la proposition suivante : « *Si la forme circonscrite peut se rencontrer aussi dans les sarcomes globocellulaires et lymphosarcomes, elle est la règle dans les fusocellulaires.* » Tant au point de vue des métastases qu'au point de vue multiplicité des tumeurs, le sarcome fusocellulaire est moins grave que le lymphosarcome ou le sarcome globocellulaire.

Au point de vue pronostic on comprend sans peine l'intérêt du diagnostic histologique. Il est une autre question au point de vue pathogénique : ce serait de connaître le point de départ de ces sarcomes primitifs, mais les observations jusqu'ici ne permettent point de conclure d'une façon ferme ; la plupart des auteurs le placent dans la sous-muqueuse, mais sans preuves évidentes, en tous les

cas, c'est évidemment dans le tissu conjonctif soit sous-muqueux soit de la couche musculieuse, soit des gaines conjonctives péri-vasculaires ; ce qu'il y a de certain c'est que ce sont des tumeurs intrapariétales d'emblée qui envahissent toutes les tuniques de l'intestin, les dissocient et les détruisent.

SYMPTOMES

Le sarcome de l'intestion grêle ne possède qu'une [symptomatologie d'emprunt ; comme nous allons le voir aucun des signes habituellement constatés n'est pathognomonique, aussi est-il rare que le diagnostic soit posé d'une façon catégorique, seule la laparotomie fixe le diagnostic, et pour connaître la nature de la tumeur l'examen microscopique est souvent nécessaire.

Au début les symptômes généraux surtout chez les enfants peuvent primer les signes locaux, ce sont surtout des troubles digestifs, qui joints à un amaigrissement, amènent les malades à consulter.

Toutefois ces symptômes deviennent rapidement secondaires et la tumeur, élément principal, apparaît. C'est une masse située habituellement dans le cadre des côlons, quelquefois elle surplombe la cavité pelvienne et est alors souvent confondue avec une tumeur de l'ovaire ou des annexes.

Cette tumeur facile à percevoir l'a toujours été chez l'enfant et presque toujours chez l'adulte, cela tient à son volume qui est ordinairement notable, et à son siège, l'intestin grêle étant partout accessible à la palpation sauf dans l'angle duodéno-jéjunal.

Quelquefois on y remarque des bosselures et l'on peut palper plusieurs masses ; cela est important pour poser l'indication opératoire qui ne doit pas être faite en cas de tumeurs multiples.

Ce signe de la multiplicité des tumeurs a été assez souvent constaté chez l'enfant, très rarement chez l'adulte, même dans les cas où l'opération ou l'autopsie permettaient de constater plusieurs masses.

Cette tumeur est dure, exceptionnellement on la trouve molle ou pseudo-fluctuante, elle est mate à la percussion et tranche nettement sur la sonorité quelquefois tympanique des anses voisines.

Le plus souvent elle est indolore, et au début du moins très mobile, ce qui s'explique facilement, puisqu'elle siège sur l'intestin

grêle ; plus tard ayant contracté des adhérences elle peut se fixer, ce qui complique le diagnostic.

La présence de la tumeur, fait capital, a presque toujours été constatée ; toutefois il est des cas où elle ne fut point perçue, ces cas peuvent se présenter lorsqu'il y a une ascite abondante, ce qui est rare, lorsqu'il y a péritonite ou occlusion aiguë et subaiguë ; on conçoit que dans ces conditions le palper ne puisse se faire dans des conditions favorables ; il en est de même dans les cas d'invagination, la petitesse du volume de la tumeur, nécessaire à la production du mécanisme de cette complication, ne permet guère de la sentir.

La perception de la tumeur reste quelquefois le seul symptôme (obs. X), néanmoins il y a le plus souvent des signes associés, qui sans en avoir la fréquence sont très souvent signalés. La douleur spontanée jointe à des troubles divers de l'appareil digestif : anorexie, constipation, diarrhée, souvent alternative des deux sont notés fréquemment. Dans plus de la moitié des observations que nous rapportons ces symptômes ont été constatés. Les vomissements ont été notés dans quelques observations, qui signalaient également de la sténose du grêle ou bien une tumeur haut située. Le ténesme vésical est observé deux fois dans nos observations, il était explicable par la présence de brides d'adhérences vésicales. Un des grands symptômes c'est la cachexie fréquente chez l'enfant, plus rare chez l'adulte, du moins dans les cas qui ne sont pas trop avancés. En dehors de la cachexie néoplasique provoquée par les toxines élaborées par les cellules sarcomateuses, le sarcome de l'intestin grêle peut la provoquer de par son siège, de par ses ulcérations infectées, dont les produits septiques sont résorbés et qui sont si souvent signalés. Aussi sommes-nous un peu étonnés de ne point la voir mentionner plus souvent.

Il en est de même de la fièvre fréquente chez l'enfant, elle reconnaît comme origine soit des ulcérations infectées, soit la présence de foyers de nécrose au sein de la tumeur, soit enfin l'altération des centres thermo-régulateurs, par les substances toxiques déversées dans la circulation par les cellules néoplasiques.

Le méleœna est rarement constaté et presque constamment les auteurs notent que la recherche du sang dans les matières fécales a été négative ; on peut se demander pourquoi ? Il serait naturel qu'il y eût souvent méleœna ou du moins des traces de sang, puisque la tumeur présente souvent des ulcérations et qu'elle est le siège

d'hémorragies interstitielles. Aussi bien croyons-nous que ces résultats toujours négatifs sont le fait d'une mauvaise technique, c'est pourquoi nous signalons la façon de faire suivante, qui nous paraît intéressante. Voici ce qui dit M. Léon Meunier sur la recherche du sang dans le tube digestif.

Les réactions de Weber, Adler, Mayer, Thévenin, permettent de déceler le sang dans des solutions aqueuses, allant jusqu'au millionième, or souvent la recherche du sang dans les matières fécales est négative alors qu'il existe cliniquement des ulcérations évidentes. Peut-on mettre en cause la sensibilité des réactifs? non, l'erreur est ailleurs. En effet, sauf dans les très grosses hémorragies, le sang n'existe dans le tube digestif que sous forme d'hématine provenant du dédoublement de l'hémoglobine; de plus sur une ulcération en évolution, il existe toujours une inflammation qui se manifeste par une sécrétion de mucus qui englobe l'hématine; or ces deux substances, hématine et mucus, sont insolubles dans une solution aqueuse comme celle du milieu intestinal; il en résulte qu'hématine et mucus forment un tout insoluble sur lequel glissent les liquides gastro-intestinaux. On comprend donc qu'on puisse faire en vain des recherches de sang dans les matières, avant de tomber sur une partie de ces éléments qui aura pu entraîner mécaniquement quelques parcelles d'hématine. Pour obvier à cela, l'auteur constatant que mucus et hématine sont solubles dans les solutions aqueuses d'ammoniaque, préconise la façon de faire suivante: mettre le malade pendant quarante-huit heures au régime lacto-végétarien; introduction de 200 centimètres cubes d'une solution aqueuse contenant dix gouttes d'ammoniaque officinale, une petite partie du liquide est retirée à la sonde de suite, l'autre laissé dans l'estomac; cette solution désagrège le mucus, dissout l'hématine et permet de faire la recherche du sang, pour le segment gastrique avec les réactifs colorés classiques (Mayer, Thévenin); l'hématine en dissolution joue le rôle de peroxydant; elle décompose l'eau oxygénée, fixe l'oxygène sur le corps dit accepteur et provoque les colorations caractéristiques. Pour rechercher le sang dans les matières fécales on donne immédiatement après la solution ammoniacale deux ou trois cuillerées à soupe de charbon délayées dans un peu d'eau, la solution d'ammoniaque avons-nous dit désagrège le mucus et dissout l'hématine, cette solution d'hématine est entraînée avec la poudre de charbon, qui sert d'indicateur et c'est dans la matière noire du malade, rendue vingt-quatre à trente-six heures après

qu'on recherche le sang, par une réaction classique avec le maximum de succès.

L'ascite est un phénomène rare et partant de peu de valeur pour le diagnostic, mais par contre sa signification pronostic est très mauvaise, car elle indique des tumeurs avancées adhérentes, comprimant de gros vaisseaux ou bien généralisées au péritoine. Les symptômes nets de sténose du grêle sont rares, cela découle de ce que nous avons dit au chapitre de l'anatomie pathologique, le sarcome du grêle n'est pas ordinairement sténosant, aussi ces signes ne se rencontrent-ils qu'à l'occasion de véritables complications, occlusion extrêmement rare, obstruction par le néoplasme lui même ou invagination avec crises d'obstruction aiguë ou subaiguë. A ce sujet il faut signaler les services que peut rendre la recherche positive de l'indican dans l'urine ; dans ces cas d'obstruction en effet, comme le signale Jaffé, toutes les fois que le cours des matières est ralenti dans le grêle, la décomposition des matières albuminoïdes donne naissance à de l'indol, qui repris par l'organisme est éliminé à l'état d'indoxysulfate alcalin ou indican. Quoique le sarcome du grêle soit rarement sténosant, sa présence détermine certainement très souvent une paresse intestinale très marquée, c'est donc là un signe de laboratoire qu'on ne devra pas négliger. L'examen du sang fait assez fréquemment ne semble pas donner des faits positifs, il y a bien polynucléose, inconstante du reste, mais comme la tumeur est souvent ulcérée et infectée, ce fait n'a pas grande valeur.

Le bacille de Kock devra toujours être recherché dans les cas où il y a doute sur la tuberculose intestinale, cette recherche étant toujours positive d'après Krauss, qui l'aurait trouvé 26 fois sur 26 cas de tuberculose intestinale et toujours négative dans quelques cas de sarcomes où elle fut faite (Thèse de M. le professeur Lecène). L'insufflation du colon rendra moins de service pour le diagnostic des tumeurs du grêle, que lorsqu'il s'agit de tumeurs rétropéritonéales, de la rate ou dans les cas de néoplasmes du gros intestin.

La radioscopie semblerait devoir donner des renseignements ; mais nous ne possédons pas de résultat d'examen radiologique dans le cas de sarcome du grêle et ne pouvons insister. Toutefois il semble qu'après repas et lavement opaques, on puisse avoir des renseignements précieux d'abord sur le siège de la tumeur, ou de la sténose s'il y en a une, ensuite cet examen à l'écran, permettra souvent d'éliminer des affections gastriques ou duodénales.

En résumé, les symptômes du sarcome de l'intestin grêle non compliqué sous les suivants :

1° Tumeur abdominale souvent mobile, perçue presque toujours chez l'adulte, toujours chez l'enfant.

2° Douleur spontanée, signalée dans la moitié de nos observations.

3° Troubles digestifs divers.

4° Cachexie généralement précoce et marquée surtout chez les enfants.

Les autres symptômes méloëna, ténésme vésical, fièvre, vomissements, ascite ne sont pas assez fréquents pour concourir à l'établissement d'un diagnostic qui sera toujours délicat. Quant aux symptômes de sténose serrée, ils rentrent dans le cadre des complications et n'ont rien de spéciaux au sarcome.

COMPLICATIONS

Les complications du sarcome de l'intestin grêle sont de deux ordres : la péritonite et l'occlusion. Ces complications sont rares.

La péritonite peut se produire de trois façons.

Nous savons que la muqueuse intestinale au niveau de la tumeur est souvent le siège d'ulcérations, ces ulcérations peuvent amener par destruction progressive une perforation entraînant une péritonite. M. le professeur Lecène en cite 3 observations dans sa thèse (obs. Genersisch, Libmann, M. Lecène), nous rapportons l'observation de Sperherd de Montréal (obs. XV), dans ces cas il s'agissait d'une perforation du néoplasme lui-même, qui avait fini par user toutes les tuniques de l'intestin ; il ne s'agissait donc pas dans tous ces cas de perforation produite par une ulcération située sur l'anse sus-jacente au néoplasme, comme on en trouve dans le rétrécissement cancéreux du gros intestin. La péritonite peut résulter d'un abcès développé dans la tumeur, sans communication avec l'intestin et qui s'ouvre dans le péritoine et y évacue son contenu (obs. XVI de M. Grégoire, thèse de Boissière, Paris, 1908). Enfin on a relaté un cas de péritonite par propagation, par migration transpariétale (obs. d'Hammer, thèse de M. le professeur Lecène) où il fut impossible de trouver une trace de perforation intesti-

nale malgré un examen minutieux ; l'examen du pus décéla du streptocoque pur.

L'occlusion intestinale avons-nous dit est rare, cela ne saurait nous étonner puisque le sarcome du grêle n'est pas sténosant et l'anatomie pathologique nous a montré que cette complication ne pouvait être le fait que d'une anomalie dans le développement de la tumeur. Le sarcome se développant excentriquement en pleine paroi intestinale et engainant l'intestin comme un manchon, avec tendance à la dilatation de la lumière intestinale.

L'occlusion aiguë est excessivement rare on en a signalé un cas (obs. Quensel, thèse de M. le professeur Lecène). Il s'agissait d'un volvulus provoqué par une tumeur qui s'était développée sur le bord libre de l'intestin. Dans notre observation personnelle nous en signalons un cas (obs. I). La forme chronique de l'occlusion qui mériterait plutôt la dénomination d'obstruction intestinale a été signalée un plus grand nombre de fois. Elle peut être le fait soit du développement de la tumeur sur le côté libre ou mésentérique et provoquer une occlusion par coudure aiguë intestinale, soit du développement concentrique de la tumeur, qui vient alors proliférer dans le canal intestinal, le néoplasme ayant détruit la muqueuse peut en obstruer complètement la lumière (obs. VIII) ou bien les bourgeons viennent rétrécir le conduit intestinal comme dans l'observation II de M. le professeur Lecène.

Enfin le mécanisme de l'obstruction peut se produire du fait de l'invagination intestinale, cette complication est possible parce que le sarcome n'entraîne pas un processus sténosant comme dans l'épithélioma où la tuberculose hypertrophique ; de plus il siège sur une anse libre et mobile, caractères propres de l'intestin grêle nécessaires à la production de l'invagination ; enfin pour se produire il faut que le sarcome soit polypiforme, pédiculé ou produise un bourgeon saillant dans la lumière de l'intestin, il faut également que le néoplasme ne soit pas trop évolué, qu'il exerce une action pesante suffisante, mais qu'il n'ait pas eu le temps d'atteindre un trop gros volume ou contracté des adhérences. Les conditions requises sont rarement remplies, néanmoins cette complication a été assez souvent signalée. M. le professeur Lecène dans sa thèse en cite 4 cas. Miller A. J. 1912, *Surgery et Gyné.* de Chicago un cas d'invagination aiguë secondaire à un sarcome de l'intestin grêle. Power (*Clini. J.* Londres, 1912-13), un cas avec obstruction chronique. Hinz dans un travail sur l'invagination intestinale publié

dans *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, aurait relevé 284 cas d'invaginations par tumeurs, dont 25 cas par des sarcomes du tube digestif [sans précisions sur le siège].

Enfin récemment Adnet de Nancy dans sa thèse 1921, sur l'invagination compliquant les sarcomes de l'intestin grêle en cite 6 cas nouveaux, compris un cas personnel.

ÉVOLUTION

Les sarcomes en général ont une marche rapide ; de toutes les tumeurs malignes ce sont celles qui se terminent le plus rapidement par la mort. Le sarcome du grêle ne fait pas exception.

La mort arrive en général par cachexie progressive. Ces néoplasies évoluent durant une période qui va de six mois à un an ; mais dans certains cas exceptionnels, on a pu voir des malades disparaître en deux ou trois mois.

Les variétés globocellulaire et lymphosarcome paraissent plus malignes que la variété fuso-cellulaire.

Les complications comme la péritonite aiguë, l'occlusion aiguë ou chronique peuvent amener une mort plus rapide. Ces complications toutefois peuvent être salutaires dans un certain sens ; elles viennent révéler une tumeur maligne totalement inconnue, qui évoluait insidieusement. L'occlusion intestinale, l'invagination en posant l'indication opératoire, permettent l'ablation d'une tumeur moins évoluée dans l'espace et le temps, et l'on peut espérer qu'à ce stade, la tumeur occupe en entier son point de greffe et n'a pas donné lieu à des localisations secondaires.

TRAITEMENT

Le traitement du sarcome de l'intestin est jusqu'ici exclusivement chirurgical. Sperherd, Hahn, Mickuliez, et Steinthal relatent quelques résultats opératoires heureux, qui permettent de croire que l'on peut par une opération large et suffisamment précoce prolonger la vie des malades pendant un temps très appréciable.

Hahn suivit son malade pendant huit ans sans récurrence. Micku-

liez relate l'histoire d'un malade de 40 ans qu'il revit pendant plusieurs années après l'avoir débarrassé d'un sarcome fusocellulaire.

Steinthal en 1904 publia deux observations : une jeune femme de 25 ans opérée en 1900 d'un sarcome fusocellulaire et qui ne présentait rien d'anormal quatre ans après ; un homme de 43 ans qu'il revit durant quelques années, sans constater rien d'anormal. Sperherd de Montreal (obs. XV) opère son malade en 1906 en 1908 il n'y avait pas trace de récive.

Enfin, nous rapportons en détail l'observation de T. Perez de Pavie, où le malade âgé de 37 ans opéré en mai 1913 d'un sarcome avec métastase mésentérique, était vu en 1921 sans trace de récive. Que faut-il penser de ces résultats ? Evidemment vu le nombre minime de sarcomes et celui infime des succès cités, il est difficile de se faire une opinion. Il nous semble cependant que c'est le devoir du chirurgien du moment qu'il s'est rencontré des cas favorables, de pratiquer une exérèse large et précoce aussitôt le diagnostic posé.

L'opération qui s'impose c'est la résection intestinale dépassant de beaucoup les limites de la tumeur ; s'il y a des métastases mésentériques ou épiploïques il faut les enlever le plus complètement possible, puis anastomoser les deux bouts intestinaux.

La laparotomie premier temps naturel de l'intervention abdominale en est quelquefois le seul, le chirurgien ayant reconnu les lésions et jugé le cas inopérable. Cette laparotomie exploratrice a donné des résultats déplorables. M. le professeur Lecène pense que cela tient tout simplement à ce fait qu'on opère des malades très cachectiques, souvent incapables de supporter même l'anesthésie.

Au contraire si le malade semble encore assez résistant, on peut observer quelquefois une légère amélioration très passagère des symptômes après la laparotomie exploratrice, naturellement les lésions continuent à évoluer et la mort ne tarde pas à survenir. Aussi est-il des cas où il faut savoir s'abstenir et ne rien tenter du tout. Cette conduite est sage toutes les fois qu'on a affaire à un malade profondément cachectique, en présence d'une ascite symptomatique d'une généralisation péritonéale ou hépatique, chez les cardiaques, chez les gens atteints d'affections pulmonaires.

Toutes les fois en un mot qu'on peut émettre des doutes sur le résultat heureux de l'intervention. De plus la forme diffuse contre-indique l'opération radicale d'une façon formelle, tout au plus

doit-on faire une entéro-anastomose en cas de sténose intestinale. Nous pensons que l'opération radicale est encore contre-indiquée dans le cas des adhérences multiples bien organisées ou quand les métastases ganglionnaires ou viscérales sont inaccessibles. Pour les cas d'occlusion intestinale, chez un malade très affaibli l'opération en deux temps peut présenter quelques avantages, dans le premier temps entérostomie, plus tard ablation de la tumeur (obs. XIV). Cette manière de faire a au moins un grand inconvénient, c'est de faire perdre un temps précieux.

Ces cas mis à part, l'intervention de choix est la résection large avec l'ablation des métastases la plus complète possible et le rétablissement de la continuité intestinale.

Ce rétablissement peut se faire de plusieurs façons :

- 1° Enterorrhaphie circulaire avec ou sans bouton de Murphy ;
- 2° Fermeture des deux bouts et entéro-anastomose latérale ;
- 3° Implantation termino-latérale ; ce dernier procédé est rarement employé.

La première méthode passait jusqu'à ces derniers temps pour donner assez souvent un rétrécissement cicatriciel au niveau de l'anastomose ; or en 1918 à propos d'un rapport fait à la Société de chirurgie au sujet d'un sarcome de l'intestin grêle, M. le professeur Delbet dit : « la crainte du rétrécissement est chimérique, il y a quelque trente ans, j'ai porté à la Société anatomique des intestins de chiens, chez qui j'avais pratiqué des sutures termino-terminales du grêle et que j'avais conservés six mois ; on ne pourrait même plus retrouver les points suturés. »

On a reproché à la seconde méthode de laisser au-dessous d'elle un véritable cæcum où les matières peuvent s'accumuler, de plus elle est plus longue à effectuer ; ces inconvénients sont plus théoriques que réels, la radiographie a montré, paraît-il, que le premier reproche était inexistant et qu'il n'y avait point de rétention, quant au second reproche longueur plus grande de l'opération, il faut considérer que l'on ne doit tenter la résection que chez les malades encore résistants et quelques minutes en plus n'influencent point sur le résultat final, l'écrasement de l'intestin avec une pince *ad hoc* abrège du reste notablement l'opération. M. le professeur Lecène lui donne sa préférence.

Dans notre cas ce fut la méthode suivie.

Il faut du reste dire que le chirurgien reste juge dans la circonstance et choisit ordinairement le procédé qu'il a le mieux en main.

Un point important est de savoir qu'elle étendue on peut donner à la résection du mésentère. Voici résumé ce qu'en dit M. le professeur Lecène dans sa thèse : « La résection mésentérique doit être variable suivant les cas ; s'il existe des noyaux secondaires dans seulement une portion du mésentère il faut les enlever, afin de diminuer les chances de récidence, mais si l'infection a gagné la racine du mésentère, toute tentative d'opération radicale est inutile.

Pour conserver à l'intestin un apport sanguin suffisant, il faudra se souvenir que chaque branche de l'artère mésentérique supérieure irrigue un segment de 50 à 80 centimètres d'intestin.

En supprimant cette branche primaire de la mésentérique, il faudra en même temps supprimer le segment intestinal correspondant, sous peine de le voir se sphaceler. De cette façon, la circulation est parfaitement assurée grâce aux anastomoses en arcades des branches primaires, secondaires et tertiaires de la mésentérique supérieure. On découpera donc tout un triangle, dont la base longue d'au moins 80 centimètres, comprendra un segment d'intestin grêle et dont les côtés se dirigeront en coin jusqu'au niveau de la branche primaire de l'artère mésentérique supérieure, tout en prenant soin de ne pas lier le tronc même de cette artère, ainsi que la veine satellite. On aura ainsi enlevé d'un seul coup la tumeur, une grande longueur d'intestin au-dessus et au-dessous, les ganglions infectés et les lymphatiques efférents. Quelle longueur d'intestin pourra-t-on se permettre de réséquer ? Nous savons aujourd'hui qu'on peut enlever une grande longueur, M. le professeur Lecène dans sa thèse cite le cas de Gilbert Barling qui enleva 2 m. 10, Kukula 2 m. 37, Ruge 3 m. 30 sans dommage pour les opérés. Nous avons trouvé sur ce sujet les renseignements suivants : John Speese de Philadelphie (*Annals of Surgery*, n° 5, t. LIX) cite les cas de : Barclay 1 m. 90, Strop 5 m. 10 ? l'opéré eut dans le premier cas de nombreuses selles liquides, dans le second il n'y eut aucun trouble. Chez le chien 50 0/0 de l'intestin peuvent être réséqués sans que la mort s'ensuive ; bien plus les animaux reviennent vite à leur état normal pour peu qu'ils soient dans de bonnes conditions alimentaires. Lorsque la résection atteint 75 0/0, les animaux peuvent survivre mais ne retrouvent jamais leur état normal, ils souffrent d'abord d'une soif et d'une faim dévorantes, puis peu à peu leur état s'améliore, mais reste précaire et susceptible à l'extrême aux mauvaises conditions de la vie et de l'alimentation.

L'auteur cite 58 cas de résection intestinale ayant dépassé 2 mètres, la mortalité n'a été que de 16 0/0, ce qui est relativement faible, il est vrai qu'on n'a guère publié que les cas heureux ; or les troubles ne se sont pas montrés proportionnels à la longueur d'intestin enlevé ; une résection de plus de 4 mètres a été suivie de succès et n'a guère entraîné de troubles ; par contre la mort peut survenir par inanition après l'ablation de 2 m. 80 à 3 m. 80 d'intestin et de graves troubles résulter de la résection de 1 m. 90 à 2 mètres d'iléon.

De son côté J. E. Cannaday (*Annals of Surgery*, t. LXIX), dans un travail sur les résections intestinales, cite 68 cas avec 9 morts. Les résections variaient entre 1 m. 90 et 5 m. 40 ? il y a lieu de remarquer que la gravité ne paraît pas en rapport direct avec l'étendue de la résection, puisque les 8 derniers cas rapportés par C. dépassant tous 4 mètres, ont donné 8 guérisons. Le régime alimentaire post-opératoire a une importance très grande ; mais il semble que seule la digestion des albuminoïdes est sérieusement troublée à l'égard des graisses et des hydrates de carbone, il paraît se produire une hypersécrétion d'entérokinase, activant l'action de l'amylopsine et de la stéapsine et facilitant l'absorption de ces produits. Sans recourir à de semblables éviscérations, on voit que l'on peut réséquer des longueurs énormes d'intestin grêle, l'étendue des métastases ganglionnaires mésentériques n'est donc pas un obstacle à la résection, pourvu que le tronc de la mésentérique supérieure soit respecté.

Quels sont les résultats opératoires immédiats et éloignés ? Il est difficile de le dire, étant donné le nombre relativement restreint des opérations chirurgicales faites en vue d'une cure radicale. M. le professeur Lecène donne une mortalité globale de 25 0/0, mais l'auteur ajoute que ce chiffre tombe à 9 0/0 quand le sarcome n'est pas adhérent et se laisse facilement extériorisé. L'âge du malade ne saurait être une contre-indication, l'opération réussit aussi bien chez l'enfant (cas de Rovsing, enfant de 1 an 1/2 qui supporta très bien l'intervention) que chez l'adulte, mais chez les uns comme chez les autres, la récurrence qui est pour ainsi dire la règle, assombrit beaucoup le pronostic de ces opérations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

(Service de M. le Dr Marquis.)

Mlle H., 15 ans, est envoyée le 3 août 1920 pour subir une opération d'urgence.

Depuis plusieurs mois, elle ressentait de vagues douleurs abdominales mais sans altération de sa santé générale, pas de troubles digestifs, pas de dysménorrhée.

Brusquement, le 2 août au soir, douleurs vives dans la région hypogastrique suivies de vomissements. Pas de matières, pas de gaz.

L'examen de l'état général montre que le pouls est rapide, 110 à la minute, qu'il n'existe pas de température, que les traits sont tirés.

L'abdomen est fortement ballonné, la palpation en est douloureuse, sans toutefois qu'on ait la sensation du ventre en bois. Par une palpation lente et progressive, on arrive à percevoir au milieu des anses intestinales distendues, une tumeur siégeant dans l'hypogastre et envahissant la région ombilicale. Cette tumeur est mobile, mais difficilement délimitable par suite de la tension abdominale. Sans pouvoir faire de diagnostic précis on songe à un kyste de l'ovaire tordu, muni d'un large pédicule et on intervient.

Anesthésie à l'éther, incision médiane, sitôt le péritoine ouvert on trouve une tumeur lisse arrondie, ayant les dimensions des deux poings réunis, d'une consistance ferme, élastique, implantée sur le grêle qui se trouve en occlusion avec au-dessus de l'obstacle une anse très distendue, d'où l'apparition des symptômes aigus.

Très facilement on détord pédicule et intestin, supprimant du même coup l'occlusion intestinale. De chaque côté de la tumeur à 5 centimètres environ du point de son implantation, on écrase l'intestin, on le sectionne et on le suture. Libération du mésentère dont on résèque un coin. Puis anastomose latéro-latérale, fermeture de la paroi. Guérison normale. En février 1922, la malade est en très bonne santé et ne présente aucun signe de récidence.

Examen de la pièce. — La pièce est constituée par un segment d'intestin de 20 centimètres de long environ, avec une tumeur du volume des

deux poings ; cette tumeur est globuleuse, régulière, lisse, de coloration uniforme blanc-jaunâtre, avec des vaisseaux superficiels ; elle est reliée au bord libre de l'intestin par une partie un peu plus étroite qui lui forme une espèce de pédicule très court. Il est impossible de trouver un plan de clivage entre la tumeur et la paroi intestinale, l'intestin au voisinage du point d'implantation est normal.

La consistance de cette tumeur est dure, presque criante à la coupe, son parenchyme est blanc-jaunâtre, il n'y a pas de bourgeons dans la lumière intestinale, dont la muqueuse est normale mais impossible à séparer de la tumeur.

Dans la portion du mésentère réséqué il n'y a pas de ganglions visibles.

A l'examen histologique sur des coupes en pleine tumeur, on voit que le néoplasme est formé par des cellules fusiformes à corps allongés, presque toutes dans le même sens, noyaux volumineux, bien colorés ; ces cellules sont séparées par des fibrilles minces de tissu conjonctif. En aucun point on ne peut retrouver les éléments normaux des tuniques intestinales.

En résumé : Sarcome fusocellulaire.

OBSERVATION II

(Cathala et Arrivat, *Presse médicale*, mai 1914.)

X..., 22 ans, entre en avril 1913 pour tumeur dans le flanc gauche. Pas d'antécédents pathologiques. A ce moment il se plaint de coliques après les repas. Peu de temps avant son entrée à l'hôpital comme par hasard en pressant son ventre, il s'aperçut d'une masse dure dans le flanc gauche. Voyant qu'elle ne disparaissait pas il entre à l'hôpital.

A son entrée, les phénomènes douloureux persistent, l'interrogatoire apprend que les forces ont faibli, l'appétit est nul, les digestions lentes, les selles contrariées par des diarrhées, la constipation est rare. Le faciès est pâle et amaigri, l'abdomen est légèrement ballonné, à gauche à jour frisant on voit se dessiner une saillie. A la palpation, tumeur dure, régulière, facile à délimiter sauf à la partie inférieure, elle est fixe, incurvée en croissant dont la face concave regarde à droite en haut, elle arrive à deux travers de doigt au-dessus du rebord des fausses-côtes, en bas à l'arcade de Fallope. Tumeur mate à la percussion, sauf une bande diagonale sonore avec gargouillement ; pas d'ascite. Toucher rectal fait sentir des masses dures, irrégulières, adhérentes à la profondeur. Diagnostic : néoplasie maligne probablement mésentérique. Les jours suivants, la situation s'aggrave, la température est à 39°, vomissements porracés, faciès terreux : ce sont là des symptômes de réaction péritonéale. On fait l'intervention : anesthésie à l'éther ; à l'ouverture du péritoine il s'écoule du

liquide citrin, et l'on voit dans le flanc gauche une masse blanc nacré ; une anse intestinale passe au devant d'elle et lui adhère, impossible à libérer, car friable ; mobilisation impossible, on arrête l'intervention, paroi refermée. Le soir température 38. Mort le lendemain.

A l'autopsie, à 35 centimètres du cæcum, on trouve une masse volumineuse, dure, bosselée, formée par l'intestin, infiltré et dilaté, recouvert par le péritoine. A l'ouverture de l'intestin, on constate une dilatation très marquée avec une épaisseur de 6 à 7 centimètres ; la muqueuse est ulcérée en maints endroits, les ganglions mésentériques sont volumineux. Au niveau de l'S iliaque, on constate aussi dans le méso l'existence d'une autre masse grosse comme une mandarine qui ne fait pas corps avec les parois intestinales, c'est un ganglion métastatique.

Le foie est énorme, il pèse 3.000 grammes ; on constate une tumeur blanchâtre, saillante à la surface ; son volume est celui d'une grosse orange, elle se continue en arrière et à droite avec une deuxième masse aussi volumineuse et va ensuite se perdre en arrière dans des adhérences épaisses. La rate est dure mais sans nodosités, pèse 500 grammes ; les reins 280 grammes et 300 grammes ; il y a des bosselures grisâtres, arrondies du volume d'une noisette au plus. A la coupe, la substance corticale est criblée de tumeurs arrondies ou ovalaires.

Examen histologique : Lymphosarcome.

OBSERVATION III

(Bjarkenheim. Helsingfors, 1912.)

Un cas de sarcome primitif de l'intestin grêle

Une femme de 53 ans, vient consulter pour des douleurs abdominales et des pertes sanguines par l'anus. Ces pertes dataient de quinze ans et surviennent d'une façon irrégulière comme durée et comme quantité ; depuis peu de temps sont apparues des douleurs à la miction.

A la palpation on perçoit dans la partie inférieure de l'abdomen, une volumineuse tumeur. On fait le diagnostic de tumeur de l'ovaire.

A l'opération, la tumeur apparaît comme étant d'origine intestinale, elle est reliée à la vessie par quelques adhérences que l'on détache facilement.

La tumeur apparaît alors appendue à l'intestin grêle. Résection intestinale, anastomose latéro-latérale. Guérison.

A l'examen anatomo-pathologique, on voit une tumeur grosse comme une tête d'enfant, polykystique à la coupe ; elle a pris naissance dans le bord libre de l'intestin grêle. Le calibre intestinal n'est pas autrement rétréci, sa muqueuse est intacte sauf en trois points où elle présente des puits

conduisant au sein de la tumeur. Celle-ci est située dans la paroi interne de l'intestin car le péritoine la recouvre en entier.

Le microscope confirme l'aspect macroscopique ; la muqueuse est saine ; le tissu sous-muqueux est fortement hypertrophié, la structure histologique montre qu'il s'agit d'un fibrosarcome de la tunique musculaire.

OBSERVATION IV (résumé)

(Bulletin et mémoires de la Soc. de chirurgie, 4 mai 1921)

Rapport de M. E. Potherat

Un garçon de 25 ans, était soigné pour une affection chirurgicale d'un membre, qui évoluait normalement.

Brusquement un jour à midi après son repas, douleur violente dans le flanc gauche accompagnée de vomissements alimentaires, sueurs profuses et froides, pouls petit et misérable. L'état en très peu de temps devient très inquiétant. Prescription d'une médication calmante ; d'abord atténuation des phénomènes, puis réapparition des douleurs atroces et état inquiétant. L'abdomen plutôt retractoré offrait une particularité curieuse : à gauche au-dessus de l'ombilic et derrière le muscle droit, il y avait une masse rectiligne régulière de 10 à 15 centimètres grosse comme un litre en verre, sonore à la percussion. Ni gaz ni matières n'avaient été rendus. Diagnostic d'occlusion intestinale.

Ouverture de l'abdomen. Au meso, tendu au maximum, était appendue une dilatation intestinale ; au début de la dilatation un collier régulier dans lequel s'enfonçait le jéjunum ; au contraire quant à l'autre extrémité de la dilatation je remontai de l'iléon vers l'estomac je sentai un bourrelet régulier. Il y avait donc invagination du jejunum dans l'iléon. A l'extrémité distale de la dilatation, on sentait une masse charnue et dure, tumeur ou corps étranger. La désinvagination étant impossible on fit une résection de toute la partie invaginée, suture termino-terminale. En sectionnant le méso, je vis dans son épaisseur une tumeur grosse comme une noix qui m'avait jusqu'alors échappé.

A l'examen l'on constate sur le bord libre du jejunum à l'intérieur une petite masse charnue, qui avait entraîné le jejunum en occlusion dans l'iléon ; la rétraction de celui-ci sur la tumeur avait empêché la désinvagination. La tumeur développée dans le mésentère était un ganglion.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes.

OBSERVATION V

G. Perez (Pavie, *Archivo Italiano di chirurgia*, 1921, t. III, fasc. 12).

Le principal intérêt de cette observation est dans la longue survie, huit ans, obtenue par l'ablation de la tumeur, qui avait déjà envahi le premier rélai ganglionnaire lymphatique.

Le malade âgé de 37 ans souffrait depuis trois ans de douleurs abdominales et lombaires assez vagues, survenant après les repas et ses digestions étaient laborieuses. Un mois avant son entrée à l'hôpital, il s'aperçut par hasard de l'existence dans la partie inférieure et gauche du ventre d'une tumeur ovoïde et dure; son état général était excellent, il n'y avait aucun trouble fonctionnel, l'examen microscopique et chimique des selles n'y révélait pas la présence de sang et les seuls signes positifs étaient ceux fournis par la palpation.

Celle-ci montrait une tumeur dure, grosse comme les deux poings, réniforme, lisse dans sa plus grande étendue, mais avec quelques bosselures surrajoutées; son grand axe était oblique de haut en bas et de dehors en dedans, elle était peu mobile dans le sens transversal et très peu dans le sens vertical, mais elle suivait les mouvements respiratoires; elle était complètement indolente.

L'insufflation du colon qui repoussait la tumeur en dedans montrait son indépendance complète de cette portion de l'intestin. Devant ces constatations on fit le diagnostic de sarcome du mésentère ou de l'intestin grêle. Opération le 4 mai 1913 sous anesthésie locale à la novocaïne; le ventre ouvert par une incision le long du bord externe du grand droit, on tombe directement sur la tumeur. Celle-ci siège sur une anse grêle, mais s'est propagée à la partie juxta-intestinale du mésentère, tandis que les ganglions de la racine de ce mésentère sont indemnes.

Résection de l'anse intestinale et du mésentère, correspondant, faite très largement à distance de la tumeur, anastomose termino-terminale à double plan de sutures.

L'examen de la pièce montre que la tumeur principale occupe toute la circonférence de l'intestin sur une longueur de 5 centimètres; la lumière intestinale est dilatée à ce niveau, la muqueuse est intacte, les bosselures de la tumeur sont constituées par des ganglions mésentériques juxta-intestinaux envahis. Au microscope, sarcome à petites cellules rondes paraissant avoir son point de départ dans la sous-muqueuse et propagé vers la musculuse et la séreuse, avec intégrité relative de la muqueuse. Un ganglion de la racine du mésentère est reconnu normal. Les suites opératoires furent parfaites et le malade guérit en quinze jours. Il restait en excellente santé sans aucun trouble digestif en mai 1921, soit huit ans après l'opération.

OBSERVATION VI

Thèse d'Adnet. Nancy, juillet 1921

Malade âgée de 16 ans, envoyée pour occlusion intestinale.

Depuis plusieurs mois, troubles intestinaux irréguliers avec obstruction intestinale de vingt-quatre à quarante-huit heures, puis la circulation des matières revenait.

Au début de janvier, au cours d'une crise, présence de filets de sang dans les selles. Milieu de janvier crise plus longue; les symptômes d'occlusion intestinale s'affirmèrent. La malade entre les 26 janvier. Le ventre est ballonné, douloureux; contractions intestinales visibles à travers la paroi. Arrêt presque total des matières et des gaz. La radioscopie montre le lavement bismuthé arrêté au milieu du côlon transverse. Comme l'état s'aggrave on décide l'intervention.

Anesthésie à l'éther, laparotomie; on tombe sur une grosseur au milieu du côlon transverse, à l'endroit indiqué par la radioscopie. Cette tumeur est constituée par une invagination de l'extrémité du grêle, du cæcum et du côlon ascendant dans le côlon transverse. Désinvagination facile, on constate à travers la paroi la présence d'une tumeur. Résection du cæcum, abouchement termino-terminal de l'intestin grêle au côlon ascendant. Suites opératoires normales.

A l'examen anatomo-pathologique: à quelques centimètres de la valvule iléo-cæcale, on voit une masse jaunâtre, légèrement rosée, du volume d'un œuf de pigeon; il y a quelques ulcérations à la surface; Cette tumeur semble infiltrer toute l'épaisseur des tuniques intestinales, elle paraît avoir eu son point de départ sur le bord libre de l'intestin et il ne semble pas que le bord mésentérique soit envahi; la lumière intestinale n'est pas rétrécie au niveau de la tumeur.

A l'examen histologique, lymphosarcome à petites cellules rondes

OBSERVATION VII

(Delmazzonei, *Gazzetta degli ossedali e delle clinica*, 1920-1921, n° 88.)

Une femme vient à l'hôpital avec une tumeur abdominale très volumineuse, très mobile, siégeant dans la région hypogastrique, de forme irrégulière, de consistance dure, aucun trouble intestinal, altération rapide de l'état général, pas de diagnostic, laparotomie, extirpation de la tumeur facile, car il n'y a pas d'adhérences, résection de 50 centimètres d'intestin grêle formant une masse unique avec la tumeur, suture termino-terminale, l'auteur n'indique pas le résultat opératoire.

Anatomie pathologique. — La tumeur a pris son origine dans la région comprise entre la couche musculuse et la couche sous-séreuse de la paroi intestinale dont la lumière est dilatée, c'est un sarcome à cellules fusiformes il n'y a pas d'atteinte des ganglions du mésentère.

OBSERVATIONS VIII et IX

I

(John Speese, *Philadelphie annals of Surgery*, n° 5, t. LIX)

Un homme de 50 ans, atteint d'hémorroïdes depuis longtemps souffrait de constipation, de distension abdominale et de vomissements depuis quelques semaines. Un laxatif, des lavements firent cesser cet état de chose et amenèrent des selles noires comme de l'encre mais pas trace de sang rouge, des crises analogues à la première survinrent à nouveau et cela durant sept semaines, jusqu'au jour où l'examen fit découvrir une tumeur arrondie, régulière, douloureuse et mobile dans la fosse iliaque droite; l'examen du sang donna les résultats suivants : globules rouges 4.980.000, polynucléaires 70, globules blancs 9.800, lymphocytes 20, mono-leucocytes 0. Pas de tracé de sang dans les fèces.

Opération. — On trouve sur l'iléon à un mètre environ de la valvule iléo-cæcale, une tumeur grosse comme une orange, résection de l'iléon et de la portion correspondante du mésentère anastomose termino-terminale.

Cinq jours après l'opération, fistule stercorale, péritonite et mort au onzième jour.

Examen de la pièce. — Elle comprend 57 centimètres d'iléon, sur cette anse il y a une tumeur globuleuse de 8 centimètres de diamètre. au niveau de laquelle la paroi intestinale très épaissie mesure 3 centimètres. La coupe au travers de la portion épaissie, montre une muqueuse profondément ulcérée, la lumière de l'intestin n'est plus qu'un canal irrégulier creusé au centre de la tumeur ulcérée, en un point même cette lumière est complètement oblitérée. La tumeur est faite d'un tissu dur blanchâtre, elle est complètement entourée par une séreuse péritonéale Dans le mésentère quelques ganglions ayant les mêmes caractères anatomiques que la tumeur, à l'examen microscopique il s'agit d'un lymphosarcome, dont les cellules envahissent les couches musculaires de l'intestin.

II

Sarcome du mésentère

Femme de 27 ans, qui entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales, la maladie a débuté un mois auparavant par des douleurs atroces dans la

région ombilicale et des vomissements, la crise a duré sept heures, tout disparaît pour recommencer trois semaines après, la douleur a persisté toujours dans la région ombilicale, depuis ce moment elle s'accompagne d'un peu de distension abdominale, l'examen révèle une tumeur ovoïde et médiane dont la limite supérieure est à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, elle est lisse arrondie et légèrement mobile.

L'opération fait découvrir une tumeur du mésentère à laquelle adhèrent les anses intestinales voisines. La tumeur et les anses adhérentes sont excisées et une anastomose latéro-latérale établie.

Guérison opératoire, aucune apparence de récurrence au bout de trois mois.

La pièce enlevée, comprend d'une part la tumeur et d'autre part une anse intestinale qui l'entoure et qui mesure 80 centimètres de longueur. La tumeur a 8 centimètres de diamètre, elle est située tout près de la base du mésentère et elle adhère à l'intestin sur une longueur de quelques centimètres.

La paroi intestinale est restée normale à ce niveau; à la coupe la tumeur est molle, de coloration générale blanchâtre avec de nombreux petits points de nécrose et des taches rouges.

Le diagnostic histologique microscopique est myxosarcome du mésentère.

OBSERVATIONS X, XI, XII

(G. Crowther, Turin, 1914. *La clinica chirurgica*, t. XXI, n° 10.)

I

Une femme de 22 ans, vient consulter pour une tumeur du volume du poing, dure, non douloureuse, fixée dans la fosse iliaque droite; l'existence de cette tumeur n'étant accompagnée d'aucun trouble intestinal on fit le diagnostic de sarcome du bassin.

L'opération fit reconnaître un sarcome de la dernière portion de l'iléon, ayant envahi sous forme de manchon, toute la circonférence de l'intestin. L'on fit la résection d'un segment intestinal en passant à 0 m. 10 des extrémités de la tumeur; exérèse large du mésentère infiltré. Anastomose latéro-latérale des bouts intestinaux. Mort le deuxième jour, attribuée à une paralysie cardiaque, sans réaction péritonéale.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un sarcome avec prédominance de petites cellules rondes; mais avec plages de grandes cellules rondes ou ovalaires à gros noyaux vésiculaires, pauvres en chromatine.

II

Une femme de 25 ans vient consulter pour des douleurs abdominales, vomissements des ingesta et de bile en grande quantité. On constate une tumeur épigastrique dure, influencée par les mouvements respiratoires et dont l'apparition remonte à deux mois. On diagnostique tumeur sténosante siégeant au début de l'intestin grêle. Laparotomie exploratrice. On constate un sarcome en virole de l'angle duodeno-jéjunal inextirpable en raison des adhérences; ganglions mésentériques infiltrés. Mort le troisième jour avec signes de dilatation aiguë de l'estomac et contractions tétaniques. Diagnostic histologique : lympho-sarcome.

III

Homme de 37 ans, souffrant depuis un an de douleurs à l'épigastre avec vomissements alimentaires. Constataction d'une tumeur siégeant dans l'hypocondre gauche, dure, irrégulièrement bosselée, légèrement influencée par les mouvements respiratoires, dépourvue de mobilité transversale à limites mal définies.

L'insufflation du côlon montre que le gros intestin est au-devant de la tumeur. L'examen clinique conduit au diagnostic probable de carcinome gastrique.

Laparotomie exploratrice; on trouve la portion initiale du jéjunum épaissie et comme cartonnée, en plusieurs points elle adhère au méso-colon, les ganglions mésentériques sont envahis.

Vu l'état précaire du malade l'exérèse semble injustifiée; l'abdomen est refermé. Mort au septième jour par cachexie progressive.

A l'autopsie l'intestin grêle au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal présente sur une longueur de 0 m. 40 de nombreux foyers d'infiltration néoplasique blanchâtres de consistance papyracée; quelques-uns s'étendent sur toute la circonférence de l'intestin; le jéjunum apparaît comme un tube rigide de diamètre et de calibre un peu supérieur à celui des parties saines. A l'examen histologique, sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION XIII

(*Société Vaudoise de médecine*, juillet 1913)

Rapport de Gay

Homme de 21 ans, pris brusquement de douleurs violentes dans l'abdomen, suivis de vomissements. Etat nauséux avec douleurs sourdes dans

la région ombilicale, accompagnées de temps en temps de sueurs et d'angoisse. Le malade est vu dix heures après. L'état général est rassurant, pouls tranquille, normal, pas d'élévation de température, abdomen non ballonné, pas de gargouillement, ni de péristaltisme visible. Aucun gaz ni selle depuis le début ; paroi abdominale souple, fosse iliaque libre, la palpation est toutefois douloureuse dans la région ombilicale et l'abdomen se tend pendant les crises intermittentes. On ne sent rien, le résultat du toucher rectal est négatif. On ne trouve donc rien, ni à la vue, ni à la palpation pour aider au diagnostic, mais vu la brusquerie du début et la marche des douleurs, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, on propose l'intervention.

Laparatomie : invagination du grêle sur une longueur de 20 centimètres.

Désinvagination impossible, résection de tout le segment d'invagination. Entéro-anastomose latérale.

Tumeur sessile arrondie, du volume d'une grosse camomille à surface ulcérée, implantée dans la paroi intestinale.

Cette tumeur formait la tête de l'invagination.

La coupe montre qu'il s'agit d'un lymphosarcome à petites cellules rondes.

OBSERVATION XIV

(*Bull. de la Société de Chirurgie*, 1910)

Rapport de Morestin

Homme de 25 ans ; depuis quelques mois, troubles intestinaux, symptômes d'une entéro-colite. Amaigrissement notable.

Au moment de l'examen, il était depuis trois jours en état d'occlusion intestinale. Le ventre est météorisé, et sous la paroi se dessinent les contractions péristaltiques des anses distendues ; violentes coliques revenant toutes les dix minutes, le malade ne peut émettre ni selle, ni gaz ; vomissements bilieux puis fécaloïdes. Douleurs siègeant surtout dans la fosse iliaque droite ; la palpation rendue difficile par le ballonnement du ventre, ne permet de sentir aucune tumeur. Laparotomie latérale sur le bord extérieur du muscle droit.

Invagination dont le collier est à quelques centimètres environ du cæcum et dont le boudin s'enfonce à travers la valvule iléo-cæcale dans le cæcum. Réduction de l'invagination impossible, étant donné l'état du malade ; on établit un anus artificiel sur l'iléon tout près de l'obstacle. Les suites furent bonnes.

Quelques temps après on pratique la résection de l'anse où l'anus artificiel était établi, en même temps que de toute la masse formée par l'invagination, terminaison du grêle et du cæcum.

Anastomose latérale de l'iléon et du colon ascendant. Suites excellentes.

Sarcome à petites cellules rondes.

OBSERVATION XV

(Jh. Sperherd, *Sarcome de l'intestin grêle*,
The Montreal medical Journal, 1909.)

Le malade est un homme de 60 ans envoyé de la campagne, il était monté sur une moissonneuse quand il fut pris soudain d'une vive douleur à la suite d'une secousse de la machine.

Il rentre chez lui avec difficulté et vomit plusieurs fois, les douleurs étaient violentes.

Je le vis peu après et je constatais les signes d'une péritonite : ballonnement du ventre, contracture des muscles de la paroi, vive sensibilité de toute la partie inférieure de l'abdomen, mais rien ne pouvait permettre de localiser la lésion causale.

L'opération fut proposée, acceptée et exécutée aussitôt, sous anesthésie à l'éther.

On pratiqua une incision médiane sous-ombilicale et il s'échappa une grande quantité de pus fétide, mêlé de fausses membranes. Je trouvais alors une anse intestinale affaissée et en essayant de la sortir du ventre elle se remplait d'air immédiatement. Je pus voir une perforation située à la base d'un diverticule inséré à une petite distance de la valvule iléo-cæcale, ce diverticule cependant paraissait dur et n'avait pas l'aspect habituel des diverticules de l'intestin. Il avait à peu près les dimensions d'une amande et s'insérait près du bord mésentérique et immédiatement au-dessous il existait un orifice punctiforme, par où le contenu intestinal s'écoulait au dehors. Je fis une incision elliptique et enlevai ce diverticule ainsi que la perforation, la paroi fut suturée à la Lembert, la cavité péritonéale lavée au sérum et drainée pendant vingt-quatre heures, le pouls ne dépassait pas 100 et l'état général était bon ; il guérit parfaitement. Cela se passait en 1906 et en 1908 il était parfaitement portant sans trace de récurrence.

L'examen histologique montra que le petit diverticule était un sarcome à petites cellules, développé sur la face externe de la paroi intestinale, aminci au point qu'il avait suffi d'une brusque secousse de la moissonneuse sur laquelle il était monté, pour amener la rupture et l'issue du contenu intestinal.

OBSERVATION XVI

(M. le D^r Grégoire, thèse de Boissière. Paris, 1908.)

T... Marie, 26 ans, blanchisseuse, entre d'urgence à l'hôpital dans le service du D^r Picque pour douleurs et ballonnement du ventre. Le début de l'affection remonte à l'avant-veille, elle éprouvait des douleurs assez violentes dans le côté droit du ventre, en même temps se manifestait un état nauséeux assez pénible sans vomissements.

Elle se coucha sans dîner ; dans la nuit elle dormit quelque peu. Brusquement à dix heures du matin, elle fut prise d'une douleur déchirante dans le côté droit du ventre avec vomissements bilieux.

Rapidement tout le ventre devint douloureux, volumineux et ballonné, le lendemain matin on la fit transporter d'urgence à l'hôpital.

A l'examen, malade bien constituée, elle présente un faciès tiré, des yeux excavés, une respiration dyspnéique, les jambes sont fléchies sur le bassin pour diminuer les souffrances. Ventre fortement ballonné, paroi tendue, palpation douloureuse, défense musculaire partout également prononcée, l'exploration de la fosse iliaque est rendue impossible par la défense de la paroi. L'état général n'est pas trop mauvais, le pouls est à 120, température 39°5, la malade a une péritonite aiguë. Jeune fille vierge on essaye un toucher rectal, l'on constate dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une orange, très douloureuse à la palpation et qui semble régulièrement lisse, arrondie et résistante, le diagnostic hésite entre annexite suppurée ou kyste de l'ovaire avec rupture dans le péritoine.

Opération. — Après incision, la main introduite dans le petit bassin rencontre aussitôt la tumeur que l'on avait sentie par le toucher rectal.

On éprouve quelque peine à l'attirer dehors, car elle adhère aux anses intestinales qui la recouvrent et à la face postérieure du ligament large. Les adhérences rompues, la tumeur est amenée à la plaie et l'on constate qu'elle fait corps avec une anse intestinale grêle. Elle paraît située à 90 centimètres du cæcum et se trouve appendue au bord libre de l'intestin.

A son extrémité libre, un orifice arrondi laisse sourdre un pus jaunâtre. C'est cette tumeur abcédée qui a occasionné la péritonite. Le reste de l'intestin et le mésentère paraissent normaux. On extirpe la tumeur et on termine par une anastomose latéro-latérale. La malade meurt huit jours après.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agissait de sarcome globo-cellulaire.

CONCLUSIONS

I

Le sarcome de l'intestin grêle est rare, il se présente sous deux formes :

1° La forme circonscrite, la plus fréquente.

2° La forme disséminée, la plus grave.

Il présente trois variétés histologiques principales :

a) Globo-cellulaire.

b) Fuso-cellulaire.

c) Lymphosarcome.

La forme fuso-cellulaire semble moins maligne.

II

Il est impossible à l'heure actuelle d'expliquer l'origine de ces tumeurs.

III

Le diagnostic en est très difficile. Il faudra avoir recours à tous les moyens d'investigations, radiographie, recherche du sang dans les fèces par le procédé à l'ammoniaque, recherche de l'indican dans l'urine.

On pourra en poser le diagnostic lorsqu'on trouvera une tumeur ayant son siège sur l'intestin grêle, chez un individu atteint de cachexie progressive.

IV

L'évolution du sarcome du grêle est rapide ; un mois à un an et le malade meurt, le plus souvent de cachexie, à moins qu'une complication ne vienne hâter la fin de la maladie.

Toutefois, l'invagination, et l'occlusion dans certains cas en posant l'indication opératoire, permettent d'intervenir avec plus de succès sur des sarcomes, qui du fait de la complication pour laquelle on opère sont moins évolués dans l'espace et le temps, et qui sans cette complication, seraient restés inconnus jusqu'à un stade avancé infiniment moins favorable à l'intervention radicale.

V

A l'heure actuelle le traitement de cette néoplasie est essentiellement chirurgical. Il faudra faire sans crainte de larges exérèses, réséquer un segment d'intestin, bien au-dessus et au-dessous de la tumeur, ainsi qu'un vaste triangle mésentérique, bien entendu on devra extirper le plus complètement possible les ganglions infectés.

Chez les malades cachectiques et dans les formes diffuses on devra s'abstenir ; tout au plus faire une entérostomie en cas d'occlusion, sous-anesthésie locale.

La radiothérapie profonde, la radiumthérapie qui comptent de si beaux succès dans le traitement de certaines néoplasies, pourront un jour contribuer à améliorer un pronostic qui reste toujours bien sombre. A l'heure actuelle le siège de la tumeur, l'incertitude d'un diagnostic très difficile, ne permettent pas de songer à ces méthodes de traitement.

VI

Le pronostic est sombre, d'abord à cause des difficultés opératoires, ensuite à cause des récidives. Mais des cas heureux peu nombreux il est vrai, justifient néanmoins l'intervention pour cette tumeur, dont l'évolution est fatale à brève échéance.

Vu : le Président de la thèse

LECÈNE

Vu : pour le Doyen,
G. POUCHET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Lecène. — Thèse de Paris, 1904.
 — (Obs. Hartmann). — *Trait. de Chirur. anat. clin.*, p. 444, 1907.
 Duplay-Reclus. — *Traité de Chirurgie* t. IV, p. 426.
 Le Dentu-Delbet. — *Traité de Chirurgie*, t. I, chap. XXIV, p. 471.
 Gilbert et Toinot. — *Traité de Médecine*, t. I, chap. XVII, p. 218.
 Duval. — *Précis de Pathologie chirurgicale* (Masson, éditeur), t. III.
 Dieulafoy. — *Pathologie interne*, t. II, diagnostic différentiel des tumeurs de la fosse iliaque droite.
 Delbet. — *Bull. et Mém. Société de Chirurgie*, 1918.
 Potherat. — *Bull. et Mém. Société de Chirurgie*, mai 1921.
 Morestin. — *Bull. et Mém. Société de Chirurgie*, 1910.
 Gay. — *Revue med. de la Suisse*, juillet 1913.
 Adnet. — Thèse de Nancy, 1921.
 Cathala-Arivat. — *Presse médicale*, mai 1914.
 Sherperd. — *The Montreal medical Journal*, avril 1908, p. 274.
 Björkenheim (E. A.). — *Zentralbl. f. gynäk.* Leipzig, 1912, 1329-1331.
 Power (d'A.). — *Clini. J. Lond.*, 1912-1913. XL, 193-196.
 Massoti (Rit-Vénéta). — *Di sc. méd. Venezia*, 1911, liv. 317.
 Delanglade et Weill. — *Marseille médical*, 1912, XLIX, 237.
 Saccoue (A.). — *Arch. Latino. Amer. de Pedia.* Buenos-Aires, 1912.
 Augier (D.) et Fievez (J. d.). — *Soc. méd. de Lille*, 1912.
 Patek (R.). — *Ein fall. von Primären Sarkom des dünndarms* (*Zentral. f. gynäk.* Leipzig, 1913.)
 Crowther (C.). — *Tre casi originali dei sarcomi primitivi dell intestino tenue.* *Clini. chir. Milan*, 1913-1914, XXI, 2107-2144.
 Speese (J.). — *Ann. Surg. Phila.*, 1914, LIX, 727.
 Perez (G.). — *Archivo Italino di chirur.*, 1921, t. III, 181-205.
 Delmazzone. — *Gazetta degli ospedali e delle clinica*, 1920, t. XLI, n° 88.
 Balmami (W.). — *The British medical journal*, 1920, n° 3121.
 Cannaday (Y. E.). — *Annals of Surgery*, t. LXIX.
 Meunier (Léon) in Martinet. — *Diagnostic clinique, examen tube digestif.*
 Lecène. — *Précis de Pathologie* (Masson, éditeur), t. I, 1921.

